

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
HERNIES DE L'S ILIAQUE
ET DE LEUR ÉTRANGLEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Décembre 1919

PAR

MOINS (Jean-Henri)

Né à Condat-en-Féniérs (Cantal), le 2 juin 1886
Ancien interne des hôpitaux de l'A. P. de l'Algérie
Ancien médecin aide-major aux Armées
Croix de Guerre

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

**Examineurs
de la Thèse**

TÉDENAT, Professeur, *Président*.

MASSABUAU, Professeur.

SOUBEYRAN, Agr. lib.

RICHE, Agrégé.

Assesseurs.



MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1919

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
HERNIÉS DE L'S ILIAQUE
ET DE LEUR ÉTRANGLEMENT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N° 62

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
HERNIES DE L'S ILIAQUE
ET DE LEUR ÉTRANGLEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Décembre 1919

PAR

MOINS (Jean-Henri)

Né à Condat-en-Féniérs (Cantal), le 2 juin 1886
Ancien interne des hôpitaux de l'A. P. de l'Algérie
Ancien médecin aide-major aux Armées
Croix de Guerre

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{	TÉDENAT, Professeur, <i>Président.</i>	}	<i>Assesseurs.</i>
	MASSABUAU, Professeur.		
	SOUBEYRAN, Agr. lib.		
	RICHE, Agrégé.		



MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14. Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✱).....	DOYEN.
SARDA (✱).....	ASSESEUR.
IZARD.....	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. ✱).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT (✱).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. ✱).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. ✱).
Physiologie.....	HEDON ✱.
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUCAMP (✱).
Anatomie.....	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (✱).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✱).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.....	RAUZIÉR (✱).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (✱).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✱).
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (✱).
Microbiologie.....	N...
Pathologie interne.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✱).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, profes. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU (O. ✱ ✱), a. l. e. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN ✱ ✱, a. l. ch. d. e.
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS (ch. de c.).
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (✱ ✱), docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELTT (✱).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (✱ ✱).	J. DELMAS (✱).	PECH (✱) ch. d'ag.
RICHE.	RIMBAUD (✱).	

Examineurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, prof., présid^t; MASSABUAU, prof.; SOUBEYRAN, agr. lib.;
RICHE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance.

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A MON BEAU-FRÈRE

A MA BELLE-SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

J. MOINS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

J. MOINS.

AVANT-PROPOS

Il est coutumé de penser que la joie qu'on éprouve est d'autant plus grande que le but poursuivi fut plus difficile à atteindre.

Le jour où nous abordons l'acte ultime de notre scolarité, nous devrions être heureux !

Qui d'entre nous aurait pu dire, en 1914, qu'il nous serait donné jamais de reprendre nos études aussi brutalement interrompues. A mesure que les années s'écoulaient, au milieu du drame dont nous étions les figurants effacés, comment espérer en vivre le dénouement, quand à chaque pas, autour de nous, disparaissaient nos meilleurs compagnons ? De tous nos amis, de tous nos camarades qui ont fait à la Patrie le sacrifice suprême, nous garderons toujours le souvenir douloureux.

A côté des rares satisfactions que nous procurait, après les plus rudes efforts, le sentiment d'avoir été utile à quelques-uns, combien plus souvent nous avons souffert d'être impuissant !

Et nous nous sommes vu, à la fin de la guerre, étonné d'être sain et sauf, le cœur plus meurtri de tous les deuils accumulés, et malgré cela heureux de la victoire,

et, plus égoïstement, de revenir aux espoirs passés. Ce sentiment de bien-être fut encore accru lorsque, rappelé dans notre ville de Faculté, nous y avons retrouvé de bons camarades, vieux étudiants comme nous et, comme nous, épargnés par le sort capricieux.

Le but si durement atteint, nous ne savons plus nous réjouir. Plusieurs de nos amis nous ont quitté emportant avec eux le souvenir d'heures précieuses que nous ne revivrons plus. Et puis l'existence est difficile à ceux qui se sont sacrifiés. Nous avons travaillé pour la guerre et maintenant il nous faut travailler pour la paix.

Nous continuerons notre rôle, tâchant de nous souvenir, auprès de ceux qui nous demanderont secours, des excellentes leçons de nos maîtres.

Qu'il nous soit permis de remercier tout particulièrement M. le professeur Tédénat qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse, et M. le docteur Cathala qui nous a guidé de ses meilleurs conseils.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
HERNIES DE L'S ILIAQUE
ET DE LEUR ÉTRANGLEMENT

APERÇU ANATOMIQUE

Nous étudierons surtout la mobilité de l'S iliaque, mobilité qui explique le mode de locomotion de cette partie du gros intestin venant se placer en regard des orifices par où se fera la hernie. Cette mobilité nous apparaîtra par l'étude des moyens de fixité de cet organe.

Le côlon ilio-pelvien semble être en évolution constante. Chez l'enfant, on voit le plus souvent ses deux parties mobiles retenues à la paroi abdominale par un méso long et surtout développé dans la portion pelvienne; l'accolement devient de plus en plus serré à mesure qu'on remonte de la portion iliaque vers le côlon descendant. Chez l'adulte, d'après Tréves, la portion iliaque est accolée 90 fois sur 100, et la portion pelvienne conserve un méso de dimensions variables.

Chez le vieillard, l'accolement est plus prononcé encore, l'anse sigmoïde est généralement peu mobile,

la fossette intersigmoïdienne tend à disparaître, quant à la portion iliaque elle a assez souvent un méso secondaire d'étirement.

Il résulte donc de ces constatations que le côlon ilio-pelvien tend vers un accollement total à la paroi abdominale. « Cette forme idéale, qui serait représentée par une anse courte, ne se rencontre pas; les anomalies réversives sont la règle » (Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet).

Aussi l'S iliaque peut présenter la plus grande variabilité de situation. Trèves fait remarquer qu'il est le plus souvent placé dans l'excavation où il est suspendu par son méso. Il peut parfois remonter jusqu'à l'ombilic ou même se porter à droite (Sappey).

L'S iliaque est donc la partie la moins fixe du gros intestin, au moins dans sa partie moyenne, et le repli péritonéal qui le soutient mesure le plus souvent de 10 à 12 centimètres et peut, exceptionnellement il est vrai, atteindre 27 centimètres. On peut donc dire que l'S iliaque est tantôt assez mobile pour pénétrer sans déplacement dans un trajet herniaire, tantôt trop court, et qu'il faut alors un autre mécanisme.

SIEGE ET CONTENU. — Les hernies de l'S iliaque siègent toujours à gauche et uniquement dans le canal inguinal. La hernie crurale est un fait rare, une seule observation de Brunner a trait à cette forme.

Souvent elles acquièrent un volume considérable, renfermant une grande longueur d'intestin, assez souvent de l'épiploon et des anses grêles. A noter enfin le cas signalé par Goyrand où l'S iliaque était dans une hernie droite, ce que permet de comprendre la variabilité de dimension du méso.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A l'inverse de ce qui se passe dans les hernies de l'intestin grêle, on voit fréquemment le gros intestin fixé au sac.

Scarpa distingue deux sortes d'adhérences présentant des caractères très différents : les unes succèdent toujours à un travail inflammatoire ne se produisant qu'un certain temps après l'apparition de la hernie ; ce qui les caractérise, c'est leur situation irrégulière, leur surface rugueuse, leur grande épaisseur et leur consistance fibreuse. Ce sont les adhérences accidentelles.

Les autres se constituent en même temps que la hernie sans qu'il y ait des complications inflammatoires : elles sont formées par le péritoine normal, elles sont régulières, souples et siègent presque constamment sur la partie postérieure du sac herniaire. Ce sont les adhérences charnues naturelles.

Scarpa en expose ainsi l'origine :

« Cette espèce d'adhérence est formée par les mêmes liens qui fixaient naturellement l'intestin dans la cavité abdominale et qui ont été entraînés avec lui dans le scrotum. Elles ne s'observent pas dans toutes les hernies scrotales, mais seulement dans celles du gros intes-

tin, c'est-à-dire dans les hernies scrotales du côté droit qui sont formées par le cæcum, l'appendice vermiforme et le commencement du côlon, et dans celles du côté gauche qui renferme l'S romaine du côlon. »

D'où, de ces hernies, une division importante au point de vue anatomique et pratique : suivant qu'il y aura ou qu'il n'y aura pas des adhérences, nous aurons des hernies avec sac complet ou des hernies avec sac partiel : les premières réductibles, les autres irréductibles ou tout au moins incomplètement réductibles.

Le plus souvent, cependant, pour ce qui concerne l'S iliaque, nous aurons un sac complet.

La situation et la portion du gros intestin, sont intéressantes à étudier. S'il n'y a pas de sac, l'intestin flotte librement dans le tissu cellulaire, en contact avec les organes qui s'y trouvent : testicule, cordon, etc., à moins que des adhérences inflammatoires ne l'aient fixé dans sa nouvelle position. S'il y a un sac, il est, dans la majorité des cas, en avant et en dedans de l'intestin, lequel est fixé à sa paroi postéro-externe.

L'inflammation chronique modifie souvent l'état des parties, le sac est dur, épaissi : l'intestin peut adhérer au cordon, ce qui a quelquefois nécessité la castration.

D'autre part, on peut se demander, dans certains cas, si l'accrolement ne se produit pas dans la hernie elle-même, si une hernie de l'S iliaque à sac complet primitivement ne peut adhérer secondairement par suite d'une inflammation légère et continue. La stase des matières fécales dans l'anse herniée peut facilement causer une irritation chronique qui se traduit par des poussées inflammatoires.

La constipation habituelle pourrait y suffire.

« Les adhérences inflammatoires dans les hernies

sont bien connues, dit Baumgartner ; les processus dont nous parlons sont tout autres ; ils ne laissent point de trace différente des fascias embryologiques.

» Voici comment se ferait la progression :

» Hernie à sac complet du gros intestin ; près du collet seulement, adhérence charnue naturelle. Colite : propagation de l'inflammation au méso et du méso au sac ; l'accrolement se fait, il progresse de haut en bas du collet vers le sommet libre, dans le sac, de l'anse intestinale. C'est un point d'abord, une ligne comme pour les soi-disant ligaments du cæcum, une surface ; bientôt toute la circonférence de l'intestin entre en contact avec le sac. Le sac complet est devenu incomplet ; puis, ce n'est plus qu'un petit cul-de-sac ; enfin, la séreuse a disparu ; l'intestin flotte librement dans le tissu cellulaire de la hernie...

» Il est difficile de distinguer ce qui revient à l'adhérence charnue naturelle et ce qui est dû à l'accrolement inflammatoire, mais on conçoit que sur un intestin déjà en partie uni au sac par une adhérence par glissement, atteint de troubles vasculaires, comme nous le verrons plus loin, où la circulation des matières se fait mal, l'accrolement progresse de l'adhérence charnue naturelle vers la partie primitivement libre de l'anse herniée, si bien que la séreuse paraît toujours avoir manqué sur toute cette étendue. »

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'effort sera ici, comme dans toutes les hernies acquises, la cause efficiente.

Comme causes prédisposantes, nous en distinguerons deux sortes :

1° Celles qui, du côté des parois abdominales, amènent des modifications suffisantes pour permettre la formation d'un trajet herniaire : dans ce groupe se rangent les considérations générales relatives à l'hérédité, l'âge, le sexe, la profession, les vices de conformation de la paroi abdominale et en particulier la persistance du canal vagino-péritonéal.

Ce sont les causes qui président à la production de toutes les hernies.

2° Les causes qui agissent, non sur le trajet herniaire, mais sur l'organe lui-même pour déterminer son engagement. Les développements antérieurs montrent qu'ici il n'y aurait à envisager que la disposition anormale du péritoine, la mobilité plus ou moins grande de l'S iliaque, sa situation proche des orifices.

Scarpa invoque, d'autre part, le poids des matières fécales qui s'accumulent dans cette portion terminale du tube digestif.

Étudions maintenant le mode de production de ces hernies. Rarement la hernie de l'S iliaque est congénitale.

Chez l'enfant où, plus généralement, l'S iliaque est pourvu d'un méso qui lui permet un plus grand déplacement, il est rare qu'il s'engage en raison de ses dimensions dans un canal vagino-péritonéal ouvert. Renault n'en compte que quatre cas.

Chez l'adulte, pour qu'un S iliaque, même pourvu d'un long méso, passe dans un trajet herniaire, il faut que le collet soit large, comme c'est le cas dans les hernies de faiblesse. Si on tient compte de la conformation de l'intestin, on pourrait dire que c'est une hernie congénitale; mais en considérant le facteur le plus important ici, la paroi abdominale, on ne peut la considérer que comme une hernie acquise.

Il est bien évident qu'un S iliaque très mobile grâce à un méso suffisant pourra, grâce à sa situation proche de l'orifice interne du canal inguinal, s'engager dans celui-ci sous l'influence de l'effort et constituer ainsi une hernie à sac complet.

C'est le mécanisme de la hernie ordinaire.

En dehors de ces cas, toutes les hernies de l'S iliaque se produisent par le mécanisme du glissement : l'intestin glisse avec le péritoine et entraîne ses vaisseaux nourriciers.

Les hernies acquises peuvent être primitives ou secondaires : primitives si le segment adhérent sort le premier par l'anneau herniaire; secondaires s'il y est entraîné à la suite d'une portion libre de l'intestin ou par traction du péritoine.

La hernie primitive par glissement n'est possible que si l'intestin est lâchement uni au tissu cellulaire sur

lequel il repose. Anderson pense que l'S iliaque, dans certains cas, se promène librement dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque et se présente à l'anneau par sa face extrapéritonéale, ce qui donnerait alors une hernie primitivement à sac incomplet.

La hernie secondaire par traction d'une anse intestinale voisine est rare à gauche où l'S iliaque est assez généralement adhérent.

La hernie secondaire par traction du péritoine est tout autre. Dans une hernie banale d'un segment du grêle, le sac s'accroît par distension et absorption du péritoine qui entoure l'anneau : péritoine pariétal antérieur en avant ; en arrière, péritoine de la fosse iliaque. Si l'S iliaque est accolé à la fosse, le péritoine, attiré par la hernie, l'entraînera avec lui.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Les hernies de l'S iliaque se rencontrent, le plus fréquemment, chez des hommes âgés, porteurs d'une hernie ancienne, dont le début remonte à plusieurs années, souvent 10, 20 ou 30 ans. Dans le cas relaté dans notre observation n° 1, le malade, âgé de 48 ans, était porteur de sa hernie depuis son plus jeune âge.

Ces hernies, primitivement réductibles, deviennent irréductibles en s'accroissant, d'abord partiellement, car l'adhérence charnue naturelle n'occupe que la partie du sac qui avoisine le collet; bientôt en totalité par formation d'adhérences pathologiques.

Tant qu'elles sont exemptes de complications, il est difficile de les distinguer de celles de l'intestin grêle. Elles sont cependant généralement plus volumineuses: les deux hernies opérées dans le service de M. le professeur Tédénat, et dont nous rapportons les observations, étaient chacune du volume du poing.

En général, elles ont un début lent et progressif; l'irréductibilité de la tumeur a une plus grande valeur lorsqu'elle existe dès l'apparition de la hernie, mais il est rare que l'on soit appelé à la constater de suite; elle ne

peut exister d'ailleurs que dans les hernies à sac incomplet. Ce n'est le plus souvent que lors d'une intervention par suite d'une complication (engouement, étranglement) qu'on en reconnaît la nature.

Cependant l'attention est attirée par la sensation d'une masse pâteuse, irrégulière, souvent mate à la percussion par accumulation de matières fécales, gardant l'empreinte du doigt. Il y a parfois un gonflement de la tumeur pendant la défécation ; celle-ci est douloureuse et difficile, et les malades sont obligés, pour la favoriser, de presser sur la hernie, afin d'en exprimer les matières accumulées.

La constipation est habituelle, les symptômes feront penser à une hernie du gros intestin : sa situation à gauche indiquera qu'on a affaire à l'S iliaque ou à la portion terminale du côlon descendant.

Les lavements distendent la tumeur, signe pathognomonique de la présence du gros intestin. Morestin a proposé la radiographie après administration d'un lavement contenant du sous-nitrate de bismuth. Enfin les injections d'air dans le rectum distendent la tumeur et lui communiquent une certaine sonorité.

Si, d'autre part, on ne peut injecter dans le rectum plus de quelques cuillerées de liquide, on peut penser à une hernie étranglée de l'S iliaque.

COMPLICATIONS DES HERNIES DE L'S ILIAQUE LEUR ÉTRANGLEMENT

Les complications de ces hernies sont assez nombreuses : l'hydrocèle vaginale est notée dans 7 observations rapportées par Baumgartner.

L'inflammation chronique est fréquente ; c'est d'ailleurs la cause ordinaire des adhérences pathologiques.

Mais la plus importante et la plus grave de ces complications est sans conteste l'étranglement.

Le caractère de ces étranglements, c'est qu'ils sont peu serrés, à symptômes peu nets pour la plupart ; l'obstruction par les matières fécales et les modifications inflammatoires en rendent quelquefois le diagnostic incertain.

Dans l'histoire du malade, on rencontre souvent des crises antérieures d'étranglement, des alertes fréquentes, etc. Aussi pour ces accidents réserve-t-on le terme d'engouement dont Broca a donné la définition suivante :

« On désigne sous le nom d'engouement cet état particulier des hernies dans lequel les matières que renferme le tube digestif s'accumulent dans l'anse intestinale herniée de manière à y intercepter le passage et à y déterminer des accidents. »

On peut distinguer deux catégories bien nettes d'en-

gouement : d'une part, les cas où l'obstruction est due à des matières fécales ou des substances alimentaires non digérées, et d'autre part le cas où de véritables corps étrangers, des osselets par exemple, sont en cause. L'engouement herniaire serait seulement produit par des matières solides.

Or la fréquence de ce phénomène dans le cas qui nous occupe se conçoit parfaitement.

L'S iliaque constituant la terminaison du tube intestinal, la stase s'y produit facilement et, d'autre part, le contenu du gros intestin est formé de matières fécales plus dures, plus consistantes que celles trouvées dans l'intestin grêle.

La disposition de l'S iliaque dans ces hernies est aussi des plus variables : l'anse peut être coudée, accolée en canons de fusil ; d'autres fois elle est sinueuse, tourmentée, accrochée à la paroi du sac par des franges épiploïques enflammées. Le cheminement des matières y sera donc plus difficile. Si on ajoute à ces considérations d'ordre anatomique la paresse des mouvements péristaltiques, on comprendra aisément la production de l'engouement. L'anse engouée se dilate et peut s'enflammer ; elle évolue de la même façon que l'anse étranglée.

Cependant, les phénomènes sont moins rapides dans l'engouement, et, au lieu de tomber sur l'anse noire classique, il arrive que l'on trouve assez souvent une anse engouée de coloration normale ou simplement congestionnée.

Mais cette anse engouée, dilatée par conséquent, congestionnée, est serrée par l'anneau fibreux de l'orifice herniaire. L'engouement sera donc l'amorce de l'étranglement : étranglement qui sera ici moins complet que dans les hernies étranglées de l'intestin grêle ; ce qui

s'explique par le développement progressif des hernies du gros intestin et la nécessité pour leur production d'une dilatation considérable de l'anneau et du collet du sac.

Aussi les lésions seront-elles moindres ici : les matières ne passent pas, mais la circulation dans les vaisseaux de l'anse herniée est encore possible. Le sillon de constriction par l'anneau est peu profond, il évolue plus lentement vers le sphacèle et les accidents de l'étranglement sont plus lents à se révéler.

L'anse dilatée a une coloration rouge vineuse et présente rarement la teinte asphyxique ; elle reprend rapidement sa teinte normale après l'incision du collet.

C'est ce qui se dégage des observations que nous citons.

TRAITEMENT

Le traitement des hernies étranglées de l'S iliaque peut donner lieu à des difficultés assez considérables et les complications opératoires y sont fréquentes.

Si les guérisons, par première intention, des étranglements traités par la simple réduction de l'intestin, avec cure radicale, ont été complètes, comme dans les deux cas opérés dans le service de M. le professeur Tédénat, il n'en est pas toujours ainsi. Les complications peuvent se résumer de la façon suivante : Blessure de l'intestin à la première incision, lorsque la face extrasacculaire se présente la première et est prise pour le sac. Hémorragie et déchirure de l'intestin en voulant libérer sa face extrapéritonéale. Impossibilité de réduire à cause des adhérences. Enfin accidents post-opératoires dus à l'amincissement des parois de l'intestin ou à la section des vaisseaux.

Il faut donc porter une grande attention à la recherche du sac. La libération de l'intestin est le point le plus délicat de l'opération. Si l'on ne trouve pas de plan de clivage, les difficultés deviennent considérables. Elles tiennent surtout aux inflammations secondaires, aux phénomènes péritonéaux dont la hernie est le siège. Dans

certain cas où l'adhérence est trop intime, il faudrait se résoudre à pratiquer la résection de l'intestin. Pour la contention de l'intestin réduit, le procédé de choix est la colopexie ou plutôt la *mésocolopexie de Morestin*, car elle réalise la réfection normale du mésocôlon, tout en lui rendant son action comme moyen de fixité de l'anse intestinale. Nous nous permettrons de décrire son procédé :

« 1^o Mise à nu de l'orifice inguinal, débridement en dehors de cet orifice, dans le sens des fibres du grand oblique, ouverture du péritoine au niveau du trajet inguinal. On s'épargne ainsi tout tâtonnement dans la recherche du sac et tout ennui du côté de l'intestin.

» 2^o Libération de celui-ci par voie de décollement.

» 3^o Incision soit sur le bord externe du muscle droit, soit au voisinage de la crête iliaque.

» 4^o Réfection du méso-côlon et fixation l'un à l'autre de ses deux feuillets, à l'aide d'un grand nombre de sutures à la soie fine soit à points séparés, soit en surjets disposés en lignes radiées dans les interstices des vaisseaux ; fixation de la base du méso à l'aponévrose iliaque, à la partie la plus reculée de la fosse iliaque.

» 5^o Suture de la plaie abdominale.

» 6^o Réfection aussi soignée que possible de la paroi au niveau du trajet inguinal. »

Enfin, si le malade est incapable de supporter une longue opération, il nous paraît indiqué de débrider simplement l'étranglement et remettre à plus tard le soin de la cure radicale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(D^r Lapeyre et D^r Cathala. — *Montpellier médical*)

Hernie étranglée de l'S iliaque. — Cure radicale

D... Jean, 48 ans, entré le 24 octobre 1919 pour hernie étranglée gauche. Cette hernie date du plus jeune âge, elle était facilement réductible jusqu'au 18 octobre 1919.

Le malade n'a jamais porté de bandage.

Le 18 octobre, à la suite d'un effort (arrachement de souches), il ressentit une vive douleur dans la région inguinale gauche, la hernie augmenta brusquement de volume et devint irréductible.

Pas de vomissements; arrêt complet des matières et des gaz.

Sept jours après, le malade entre dans le service de M. le professeur Tédénat, où il est opéré d'urgence.

Facies assez bon, congestion des pommettes, langue humide, peu saburrale.

Pouls: 100.

Abdomen un peu ballonné. Hernie de la grosseur du poing.

Anesthésie à l'éther.

A l'ouverture du sac, on trouve un liquide citrin, peu hématique.

Le contenu de la hernie est constitué par le gros intestin.

Ce dernier est congestionné, de couleur rouge violacé. Il reprend rapidement sa teinte normale après l'incision du collet du sac. Au collet d'étranglement, sillon intestinal sans lésion appréciable.

Réduction complète. Réfection de la paroi. Bassini antéfuniculaire.

Suites opératoires très bonnes.

Simple rétention d'urine qui dure 4 jours. Le malade est porteur d'un rétrécissement blennorragique : la sonde n° 13 passe et est laissée à demeure.

Frisson urineux lorsqu'on enlève la sonde, puis tout rentre dans l'ordre.

Le malade sort complètement guéri.

OBSERVATION II

(D^r Lapeyre et D^r Cathala. — *Montpellier médical*)

Hernie étranglée de l'S iliaque. — Cure radicale

F... Numa, 75 ans, entré le 15 octobre dans le service de M. le professeur Tédénat pour hernie étranglée depuis 6 jours. Le malade était venu à Montpellier pour acheter un bandage. Il marche et souffre peu. Bon état général.

Hernie de la grosseur du poing, remplissant le scrotum. Anesthésie locale.

A l'ouverture du sac on trouve un liquide un peu hémattique. Le contenu est formé par l'S iliaque congestionné, de couleur rouge vineux.

Pas de sphacèle au niveau du collet.

Adhérences charnues naturelles.

Réduction, réaction partielle du sac. Bassini antéfuniculaire. Suites simples.

Le malade sort guéri le 1^{er} novembre.

OBSERVATION III

(Malgaigne. — Mémoire sur les étranglements herniaires, Obs. XIII)

Hernie inguinale double. — A droite, petite hernie contenant le cæcum ; à gauche, entéroccle formé par l'S iliaque devenu subitement irréductible ; péritonite herniaire simulant l'engouement. — Réduction le neuvième jour. — Mort deux mois plus tard. — Autopsie.

Homme de 73 ans, portant depuis l'âge de 24 ans une hernie inguinale gauche. A deux reprises, la hernie devint irréductible et donna lieu à des accidents (coliques, vomissements), mais la réduction fut rapidement obtenue.

Une troisième fois, pendant la digestion, la hernie augmente brusquement et devient irréductible et douloureuse ; bientôt apparaissent des vomissements et quelques symptômes généraux. On diagnostique de la péritonite herniaire et le traitement est dirigé dans ce sens. Au bout de 7 jours, amélioration notable, et le troisième jour un taxis léger fait immédiatement rentrer l'intestin et le cours des matières se reproduit. Mais l'état général, très mauvais déjà avant ces accidents, va en s'aggravant et le malade meurt deux mois après.

Autopsie. — L'anneau est large et livre facilement

passage à trois doigts à côté de l'intestin. « La hernie était constituée par l'S iliaque du colon, dont les franges graisseuses avaient contracté entre elles et avec le fond du sac des adhérences nombreuses et fort solides. De ces adhérences, il résultait de nombreuses brides qui, allant du sac à l'intestin, circonscrivaient des ouvertures où d'autres anses intestinales auraient pu s'engager et s'étrangler... Le sac n'existait qu'en avant; l'intestin était véritablement en dehors de lui et l'avait entraîné comme le testicule entraîne la tunique vaginale... L'S iliaque en dehors du sac était en contact avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque qu'elle avait entraîné dans le scrotum. » Ces adhérences étaient cependant assez lâches pour qu'on pût réduire, par le taxis, l'intestin et le sac.

OBSERVATION IV

(Goyrand. — Cliniques, 1870. — Résumée)

Hernie scrotale, non congénitale, volumineuse, chez un enfant de 6 mois, iléus ayant sa cause dans l'accumulation des matières fécales dans le colon iliaque hernié.

Le 20 août 1831, Goyrand voit un enfant de 6 mois portant depuis huit jours une hernie irréductible du côté gauche et présentant des vomissements fréquents avec suppression totale des selles.

L'abdomen est tendu et météorisé.

Les deux testicules sont dans les bourses, le gauche est distinct de la tumeur; on tente inutilement le taxis, et le soir du huitième jour Goyrand se décide à opérer. La hernie est constituée par tout le colon iliaque qui est sain et ne présente aucune trace d'inflammation, mais il

est bourré de fèces. Un large débridement est nécessaire pour arriver à vider l'anse intestinale, mais, une fois l'évacuation obtenue, la réduction devient facile.

Le petit malade eut une selle presque immédiatement; mais il mourut en 48 heures; il n'existait pas d'ulcération de l'intestin.

OBSERVATION V

(Verneuil. — *Bulletin Soc. chir.*, 4 janvier 1865)

**Hernie inguinale contenant l'S iliaque. —Etranglement
Opération. — Mort**

Homme de 78 ans, qui avait trois hernies, deux inguinales et une ombilicale; qu'il maintenait d'une façon assez irrégulière. Le 24 décembre 1864, à la suite d'efforts pour aller à la garde-robe, une des hernies inguinales sortit plus volumineuse que d'habitude et on ne put la réduire. M. Verneuil fut alors appelé à 3 heures du matin. Une première tentative de taxis étant restée sans succès, il en fit une deuxième pendant 18 minutes, après avoir soumis le malade aux inhalations de chloroforme. La hernie ne bougea pas. Le malade fut alors plongé dans un bain et à 9 heures du matin une troisième tentative resta également sans résultat. La tumeur de l'aîne avait le volume des deux poings.

« Les coliques étaient violentes; en remontant vers le collet du sac on sentait un pédicule du volume du pouce; les accidents augmentant toujours, je me décidai à opérer.

» Je fis une incision sur le collet du sac et je vis alors que le point rétréci était au niveau même de l'anneau

inguinal externe. J'incisai au-dessous, puis je débridai. Une anse d'intestin grêle se présenta alors au devant de l'épiploon ; il était, ainsi que le mésentère, d'un rouge foncé tirant sur le noir. Du reste, point d'étranglement par le collet du sac. Je vis alors que la tumeur tout entière était réellement une hernie composée d'une anse d'intestin grêle, d'une portion de l'S iliaque du côlon et d'une vingtaine d'appendices graisseux de l'épiploon ; la coloration de l'intestin grêle était toute différente de celle du gros intestin. De plus, le sac contenait un grand verre de sérosité.

» La première partie de la réduction fut facile ; mais, quand je voulus faire rentrer le gros intestin et les masses épiploïques, cela me fut impossible, quoique j'eusse détruit les adhérences que j'avais rencontrées. La tension de l'abdomen était telle qu'il fallut renoncer à terminer la réduction. Alors je me décidai à reporter le gros intestin dans le vaste sac formé par le scrotum. Je maintins le tout au moyen de sutures faites sur presque toute la plaie... La mort survint trente et quelques heures après l'opération sans que rien de nouveau se soit produit du côté du ventre. »

OBSERVATION VI

(Mérigot de Treygny. — Thèse Paris, 1887. — Résumée)

Hernie de l'S iliaque. — Etranglement. — Opération. — Guérison

Homme de 50 ans environ, entré le 23 février à l'hôpital Beaujon.

Depuis sa jeunesse, le malade avait une hernie inguinale gauche. Il portait habituellement un bandage ne

maintenant qu'imparfaitement sa hernie. Le 18 février, le malade ressent des coliques et s'aperçoit que sa hernie est sortie malgré le bandage. Il ne peut la réduire comme il faisait autrefois. Le cours des gaz reste normal et le 21 il a une selle ordinaire. Le 22 dans la soirée, la tumeur devient douloureuse et le malade se fait transporter à l'hôpital.

Tumeur du volume d'une petite pomme, bilobée, ne présentant qu'une très faible tension. Palpation peu douloureuse. On sent des masses dures qui se déplacent et filent sous le doigt. Le ventre est souple, non ballonné. Respiration normale, facies bon, langue humide mais saburrale. Pouls normal. Le malade n'a pas eu de selle depuis deux jours, mais il affirme avoir rendu des gaz dans la matinée.

Après un bain d'une heure, tentative de taxis sans résultat. On se décide à opérer : incision cutanée parallèle au grand axe de la tumeur, on divise des couches graisseuses, puis le sac d'où s'écoule un liquide clair.

Dans le sac il est facile de reconnaître le gros intestin caché au-dessous d'appendices épiploïques larges et épais, il ne présente aucune coloration anormale, mais contient des cybales.

L'étranglement se trouve au niveau de l'anneau inguinal. On débride en haut et en dehors. On ne remarque aucune lésion au niveau du point serré, c'est alors qu'en pensant à réduire, on est frappé d'une espèce de repli qui s'insère sur l'intestin autour duquel il est tordu. Ce repli sectionné, l'intestin devient immédiatement plus mobile et rentre facilement. Sutures au crin de Florence, drainage, pansement.

Au bout de huit jours, le malade se lève, il n'éprouve

aucune gêne, les fonctions intestinales sont très régulières et s'exécutent sans coliques.

La cicatrice est assez résistante, mais le malade doit continuer à porter un bandage.

CONCLUSIONS

I. — La hernie de l'S iliaque est le plus souvent acquise. Préparée par une faiblesse de la paroi, avec anneau large, elle se forme soit par le mécanisme banal des hernies grâce à son long méso, soit par le mécanisme de glissement.

II. — Parfois libre dans un sac volumineux, l'S iliaque est le plus souvent adhérent soit par des formations inflammatoires, soit par des fibres charnuës naturelles.

III. — Cliniquement, cette hernie se présente comme le type des grosses hernies, incomplètement réductibles, entraînant surtout de la constipation.

Etranglée, elle peut évoluer pendant quelques jours sans grand danger. L'anneau est large, le sillon d'étranglement est peu profond. Il y a surtout stase et accumulation des matières. C'est de l'engouement compliqué d'un étranglement peu serré.

IV. — La cure radicale comporte des difficultés en raison des adhérences naturelles ou pathologiques. Rarement, en cas d'étranglement, on découvre une anse sphacélée qui nécessite soit l'anus artificiel, soit la résection.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 18 décembre 1919.

Le Recteur,
Jules COULET.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 18 décembre 1919.

Le Doyen,
MAIRET.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANDRIEU. — Hernies de l'S iliaque par glissement (Th. de Paris, 1903).
- BERGER. — Sur le mécanisme de l'étranglement herniaire (Archives générales de médecine (N^{os} d'août et d'octobre 1876).
- BROCA. — De l'étranglement dans les hernies abdominales et les affections qui peuvent le simuler (Thèse d'agrégation, Paris, 1^{er} juin 1853).
- DESBORDES. — Hernies adhérentes de l'S iliaque (Th. de Paris, 1895-96).
- GROSS (G.). — Hernies par glissement (Arch. provinc. de chir., mai et juin 1903).
- JABOULAY. — Art. Hernies, in *Traité de chir.* Le Dentu et Delbet.
- LABADIE-LAGRAVE. — Hernies par glissement (Th. de Paris, 1903-04).
- LALLEMENT. — Hernies par glissement, etc. (Th. de Nancy, 1898-99).
- MAYO (DE). — Hernies par glissement (Th. de Paris, 1897-98).
- MÉRIGOT DE TREYGNY. — Hernies du gros intestin, etc. (Th. de Paris, 1886-87).
- MORESTIN. — *Traité des hernies inguinales par glissement de l'S iliaque* (Cong. de chir., p. 443, 1900).
- MOUTON. — Hernies adhérentes par glissement (Th. de Lille, 1898-99).
- NAU. — L'engouement herniaire (Revue de gynécologie, p. 953, 1903).
- SAVARIAUD. — Cure radicale des hernies par glissement, etc. (Cong. de chir., p. 575, 1901).
- VAUCRESSON (DE). — Adhérences herniaires (Th. de Lyon, 1896-97).
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
